|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **FECHA DE HOY:** | **MEDICO REFERENT:** |  informacion del paciente  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Apellido: | Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Edad: | Estado Civil: | Sexo: | | Direccion: | Ciudad:: | Zip | | | | | | Seguro social no.: | Numero de Casa: | Numero de Celular: | | | | | |  |  |  | | | | |  Imformacion sobre la aseguranza(Por Favor de dar su tarjeta de Aseguranza a la recepcionista.)  |  | | --- | |  |   Por favor indicar su aseguranza primaria::   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre del suscriptor: | El S.S. no. del suscriptor: | Fecha de Nacimiento: | Grupo no.: | No. de poliza: | Copago: | |  |  |  |  |  |  |   Relacion del paciente con el suscriptor::   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nombre del secundario aseguranza: | Nombre del suscriptor: | Grupo no.: | No. de poliza: | |  |  |  |  |   Relacion del paciente con el suscriptor:: en caso de emergencia  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nombre del amigo local o relativo (que no vivan en la misma direccion): | Relacion con el paciente: | Numero de Casa: | Numero del Trabajo | |  |  |  |  |   **ASIGNACION DE VIDA UTIL DE LOS BENEFICIOS/ DIVULGACION DE INFORMACION/ AUTORIZACION PARA TRATAR.**  Autorizo el pago de beneficios médicos para diagnóstico investigación y pionero dba pionero diagnóstico y proyección de imagen de los servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier importe no cubierto por mi compañía de seguros. Autorizo a soltar a mi compañía de seguros o su información de agente de salud, Consejo, tratamiento o suministros previstos para mí. Esta información será utilizada con el fin de evaluar y administrar los reclamos. También autorizo el equipo interdisciplinario para realizar los tratamientos o procedimientos aprobados por mi médico. Reconozco y entiendo que ninguna garantía, ya sea expresa o implícita se han hecho a mí con respecto al resultado de tratamientos o procedimientos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas de mi tratamiento, alternativas disponibles, si los procedimientos utilizados.  He recibido una copia de los derechos y responsabilidades de los pacientes   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | |  | Firma del paciente o tutor |  | Fecha |  | |